

## LAMPIRAN 1

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.H DIABETES MELITUS DI  
RUANGAN ICU RSUD UMBU RARAMEHA WAINGAPU TAHUN 2020

Nama Mahasiswa : Novince Harabi Loda  
 NIM : PO 530320317351  
 Ruangan : ICU RSUD Umbu Rara Meha Waingapu  
 Tanggal pengkajian : 17 Februari 2020  
 Institusi Pendidikan : Prodi Keperawatan Waingapu

## 1. IDENTITAS PASIEN

## 1). Identitas pasien

- a. Nama : Tn. H
- b. Umur : 63 tahun
- c. Jenis kelamin : laki-laki
- d. Suku/bangsa : Ende
- e. Agama : Katolik
- f. Pekerjaan : Pensiun
- g. Alamat : Kambajawa
- h. Penanggung : Askes/Astek/jamkes/BPJS/Sendiri
- i. Diagnosa : Diabetes melitus
- j. Tgl MRS : 13 februari 2020
- k. No. Reg : 05-15-92

## 2). Penanggung jawab klien

- a. Nama : Ny. M
- b. Umur : 58 tahun
- c. Alamat : kambajawa
- d. Pekerjaan : petani
- e. Hubungan dengan klien : istri

## 2. RIWAYAT PENYAKIT

- a. Keluhan utama : pasien mengatakan mual,muntah,tidak ada napsu makan dan demam 3 hari SMRS
- b. Riwayat penyakit sekarang: Pasien mengatakan sakit kepala,mual, muntah,demam,

- c. Riwayat penyakit dahulu : Pasien mengatakan sebelumnya pernah di rawat di rumahsakit dengan penyakit yang sama seperti penyakit yang di alami saat ini
- d. Riwayat penyakit keluarga : Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami riwayat penyakit turunan maupun penyakit menular lainnya.
- e. Riwayat penyakit keluarga : pasien mengatakan tidak ada keluarga yang pernah mengalami sakit yang sama seperti pasien.

### 3. PERUBAHAN POLA KESEHATAN

Pola	Dirumah	Dirumah sakit
Nutrisi dan cairan	Makan : 3x/hari, porsi habis nasi, laukpauk, sayur Minum : 6-8 gelas BB : 50 kg	Makan : 2x/hari hanya makan bubur halus dan menghabiskan ½ porsi Minum : 6x/hari ½ gelas BB : 49 kg
Istirahat dan tidur	Pasien mengatakan tidur malam 4-6 jam dan tidur siang 1 jam	Pasien mengatakan tidur malam 4-5 jam dan tidur siang kadang-kadang
Pola eliminasi	BAB 1x/hari dan BAK 4-5x/hari	Selama sakit pasien mengatakan belum BAB sama sekali, BAK 1000cc/hari
Personal hygiene	Pasien mengatakan mandi 2x/hari dan menyikat gigi 2x/hari pagi dan malam	Pasien mengatakan hanya di lab oleh perawat pada pagi hari dan menyikat gigi pada pagi hari saja
Aktivitas	Pasien mengatakan aktivitas sehari-hari tanpa ada kesulitan pertain di kebun	Pasien mengatakan masih lemas dan hanya tidur di tempat tidur, aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat
Pola mekanisme dan koping	Pasien mengatakan jika sakit sering berobat di puskesmas terdekat	Pasien mengatakan berusaha untuk sembuh dengan berobat di rumah sakit
Pola kepercayaan	Pasien beragama katolik	Pasien beragama katolik

#### 4. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

- a. Keadaan umum : Sedang
  - a. Kesadaran : Compos Mentis
  - b. GCS : E:4 V:5 M:6= 15
  - c. BB : 50 kg
  - d. TTV : TD : 128/79 mmHg, N : 95x/menit, S : 38,9<sup>0</sup>c, RR : 20x/menit, Spo<sub>2</sub> : 100%
- b. Pemeriksaan kepala : Inspeksi: bentuk kepala simetris, warna rambut hitam, penyebaran rambut merata, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
- c. Pemeriksaan mata : Mata kiri dan kanan simetris, ketajaman penglihatan baik, konjungtivamerah muda, clera kuning, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak di temukan masa pada kedua mata
- d. Pemeriksaan hidung : Bentuk hidung simetris, tidak ada secret, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan pada hidung
- e. Mulut dan tenggorokan :Warna bibir pucat, mukosa kering, tidah tampak kotor, tidak ada pembesaran tonsil
- f. Leher : leher tampak simetris, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak di temukan pembesaran kelenjar limfe
- g. Dada dan paru: Bentuk dada simetris, tidak ada kelainan pada tulang belakang dan retraksi dada normal,vocal premitus kanan dan kiri sama, bunyi paru vasekuler
- h. Jantung : Bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara tambahan.
- i. Abdomen : Abdomen simetris, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan, bunyi bising usus24x/menit
- j. EkstremitaS: Ekstremitas atas dan bawah aktif, tetapi ROM terbatas pada ekstremitas kanan karena terpasang infuse
- k. Genetalia : Pasien berjenis kelamin laki-laki

#### 5. PSIKOSOSIAL

- a. Sosial/interaksi : Klien mengatakan berinteraksi dengan sesama baik dan sering bergotong royong dalam usaha pertanian
- b. Hubungan dengan pasien : Tidak kenal
- c. Dukungan keluarga : Keluarga selalu mendukung dalam proses penyembuhan
- d. Dukungan sosial : Keluarga selalu mendukung dalam proses penyembuhan
- e. Dukungan kelompok/teman/masyarakat : Aktif
- f. Reaksi saat interaksi : kooperatif
- g. Konflik yang terjadi : tidak ada

#### 6. SPIRITUAL

- a. Konsep tentang penguasa kehidupan :Tuhan
- b. Sumber kekuatan/harapan saat sakit : Tuhan
- c. Ritual agama yang bermakna/berarti/diharapkan saat ini: Doa Syafaat
- d. Sarana orang yang diperlukan untuk melaksanakanritual agama yang diharapkan saat ini :Majelis gereja

- e. Upaya kesehatan yang bertentangan dengan keyakinan agama : Tidak ada
- f. Keyakinan bahwa Tuhan akan menolong dalam menghadapi situasi sakit saat ini : Ya
- g. Keyakinan /kepercayaan bahwa penyakit dapat disembuhkan :Ya
- h. Persepsi terhadap penyebab penyakit : Cobaan atau peringatan

## 7. PEMERIKSAAN PENUNJANG

### Labolatorium

Hari/Tgl	Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Kamis, 14/02/2020	Hemoglobin	11,7	5/dl	1,5-17,5
	Hematokrit	35,4	%	33,0-45,0
	Leukosit	6,89	Ribu/ul	,50-1100
	Trombosit	151	Ribu/ul	150-450
	Eritrosit	5,05	Juta/ul	4,50-5,90
	MCV	70.1	N	80.0-100.0
	MCH	23,2	Pg	26,0-34,0
	MCHC	33.1	g/dl	32,0-36,0
	RDN	13.5	%	11,5-14,5
	Albumin	2.0	g/dl	3,5-5,1
	Gula darah sewaktu	256	Mg/dl	60-140

## 8. TERAPI

- Diet DM 3x1 porsi/Po
- Furosemid 400 mg/12 jam/po
- Metformin 500 mg/ 8 jam/po
- Cebactam 1 gr/12 jam IV
- Omeprazol 40 mg/12 jam IV
- Ondansentron 4 mg/8 jam IV
- Paracetamol tab 500 mg

## 9. ANALISA DATA

Data	Masalah	Etiologi
DS : pasien mengatakan susah makan, setelah makan mual dan muntah DO:kesadaran composmentis, GCS : 15 Pasien tampak pucat,tampak lemas	Ketidak seimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh	Output yang berlebihan

<p>TTV :</p> <p>TD : 128/79 mmHg  N : 95x/menit RR : 20x/menit  Suhu : 38,9<sup>0</sup>c Spo<sub>2</sub> : 100%  BB : 47 kg  TB : 157 cm  IMT : <math>\frac{BB (kg)}{TB^2 (cm)}</math>  : <math>\frac{47 kg}{1,57^2 cm}</math>  = 19,06</p>		
<p>DS : pasien mengatakan panas, deman, menggigil 1 minggu sebelum masuk rumah sakit  DO : kesadaran composmentis, GCS: 15  Klien tampak gelisa, menggigil dan akral panas  TTV :  TD : 109/87 mmHg      N : 89x/menit  RR : 19x/menit      Suhu : 39<sup>0</sup>c  Spo<sub>2</sub> : 89%</p>	<p>Hipertermi</p>	<p>Prosesnya penyakit</p>

#### 10. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Ketidak seimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh b/d Output yang berlebihan
2. Hipertermi b/d prosesnya penyakit

## 11. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Ketidak seimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh b/d output yang berlebihan	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x24 jam resiko kekurangan nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil: a. BB ideal b. pasien tidak mual, muntah c. pasien tidak lemas	1. Timbang berat badan/ hari 2. Beri minum hangat 3. Kaji intake dan output makanan perhari 4. Anjurkan ahli gizi untuk memodifikasi diet berupa merubah jumlah frekuensi makan dalam bentuk makanan 5. Anjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering 6. Anjurkan hindari makanan yang merangsang mual dan muntah 7. Kolaborasi dengan ahligizi

## 12. IMPLEMENTASI

No	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	Ketidak seimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh b/d output yang berlebihan	Rabu, 19/02/2020	1. Menimbang berat badan BB : 47 kg 3. Member minum hangat 4. Mengkaji intake dan output makanan perhari 5. Menganjurkan ahli gizi untuk memodifikasi diet berupa merubah jumlah frekuensi makan dalam bentuk makanan 6. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering 7. Menganjurkan menghindari makanan yang merangsang mual, muntah	S : pasien mengatakan masi mual,muntah O : KU. Sedang. Kes. CM Tanda-tanda vital TD : 120/79 mmHg N : 75x/menit RR : 20x/menit Suhu : 38,9 <sup>0</sup> c Sop <sub>2</sub> : 92% A : ketidak seimbangan nutrisi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

		Kamis, 20/02/2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menimbang berat badan BB : 47 kg</li> <li>2. Member minum hangat</li> <li>3. Mengkaji intake dan output makanan perhari</li> <li>4. Menganjurkan ahli gizi untuk memodifikasi diet berupa merubah jumlah frekuensi makan dalam bentuk makanan</li> <li>5. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering</li> <li>6. Menganjurkan menghindari makanan yang merangsang mual muntah</li> </ol>	<p>S : pasien mengatakan masi mual,muntah</p> <p>O : KU. Sedang. Kes. CM</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 110/79 mmHg</p> <p>N : 97x/menit</p> <p>RR : 19x/menit</p> <p>Suhu : 38,9<sup>0</sup>c</p> <p>Sop<sub>2</sub> : 100%</p> <p>A : ketidak seimbangan nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
		Jumat , 21/02/2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menimbang berat badanBB : 47,8 kg</li> <li>2. Member minum hangat</li> <li>3. Mengkaji intake dan output makanan perhari</li> <li>4. Menganjurkan ahli gizi untuk memodifikasi diet berupa merubah jumlah frekuensi makan dalam bentuk makanan</li> <li>5. Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering</li> <li>6. Menganjurkan menghindari makanan yang merangsang mual muntah</li> </ol>	<p>S : pasien mengatakan masi mual,muntah</p> <p>O : KU. Sedang. Kes. CM</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 128/79 mmHg</p> <p>N : 95x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 38,9<sup>0</sup>c</p> <p>Sop<sub>2</sub> : 100%</p> <p>A : ketidak seimbangan nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>

## 13. EVALUASI

Evaluasi	Hari ke-1 Tanggal 19-02-2020	Hari ke-2 Tanggal 20-02-2020	Hari ke-3 21-02-2020
Pasien 1	<p>Jam 20.00</p> <p>S : pasien mengatakan mual, dan tidak ada selera makan</p> <p>O : KU. Sedang. Kes. CM</p> <p>pasien tampak pucat dan lemas</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 110/60 mmHg</p> <p>N : 95x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 36,9<sup>0</sup>c</p> <p>Sop<sub>2</sub> : 100%</p> <p>A: Resiko kekurangan nutrisi belum teratasi</p> <p>P:Lanjutkan intervensi</p>	<p>Jam 20.00</p> <p>S : pasien mengatakan mual, dan tidak ada selera makan</p> <p>O : KU. Sedang. Kes. CM</p> <p>pasien tampak pucat dan lemas</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 110/60 mmHg</p> <p>N : 95x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 36,9<sup>0</sup>c</p> <p>Sop<sub>2</sub> : 100%</p> <p>A: Resiko kekurangan nutrisi belum teratasi</p> <p>P:Lanjutkan intervensi</p>	<p>14.00</p> <p>S : pasien mengatakan sudah tidak mual, lagi dan sudah menghabiskan porsi makan RS</p> <p>O : KU. Sedang. Kes. CM</p> <p>Klien tampak tenang</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 120/90 mmHg</p> <p>N : 95x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 37,0<sup>0</sup>c</p> <p>Sop<sub>2</sub> : 100%</p> <p>A:ketidak seimbangan nutrisi teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi pasien pulang</p>

## LAMPIRAN 2

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.H DIABETES MELITUS DI  
RUANGAN ICU RSUD UMBU RARAMEHA WAINGAPU TAHUN 2020  
PASIEN 2

Nama Mahasiswa : Novince Harabi Loda  
NIM : PO 530320317351  
Ruangan : ICU RSUS Umbu Rara Meha Waingapu  
Tanggal pengkajian : 24 Februari 2020  
Institusi Pendidikan : Prodi Keperawatan Waingapu

## 1. IDENTITAS PASIEN

## 1). Pengkajian

- a. Nama : Tn. N
- b. Umur : 56 tahun
- c. Jenis kelamin : laki-laki
- d. Suku/bangsa : Sumba
- e. Agama : Kristen protestan
- f. Pekerjaan : Petani
- g. Alamat : padadita
- h. No. Reg : 04-22-92
- i. Tgl MRS : 22 februari 2020
- j. Diagnosa : Diabetes melitus

## 2). Penanggung Jawab Pasien

- a. Nama : Ny. K

- b. Umur : 53 tahun
- c. Alamat : padadita
- d. Pekerjaan : petani
- e. Hubungan dengan pasien : istri

## 2. RIWAYAT PENYAKIT

- a. Keluhan utama : Mual,muntah,tidak ada napsu makan dan demam 1 minggu SMRS
- b. Riwayat penyakit sekarang : Pasien mengatakan sakit kepala,mual, muntah,demam.
- c. Riwayat penyakit dahulu : Pasien mengatakan sebelumnya pernah di rawat di rumahsakit dengan penyakit yang sama seperti penyakit yang di alami saat ini
- d. Riwayat penyakit keluarga : Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami riwayat penyakit turunan maupun penyakit menular lainnya
- e. Riwayat kesehatan keluarga :pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga ynag mengalami riwayat penyakit turunan maupun penyakit menular lain.
- f. Genogram

## 3. PERUBAHAN POLA KESEHATAN DAN AKTIVITAS

Pola	Dirumah	Dirumah sakit
Nutrisi dan cairan	Makan : 3x/hari, porsi habis nasi, laukpauk, sayur Minum : 6-8 gelas BB : 47 kg	Makan : 2x/hari hanya makan bubur halus dan menghabiskan ½ porsi Minum : 6x/hari ½ gelas BB : 44 kg
Istirahat dan tidur	Pasien mengatakan tidur malam 6-7 jam dan tidur siang 1 jam	Pasien mengatakan tidur malam 4-6 jam dan tidur siang kadang-kadang
Pola eliminasi	BAB 1x/hari dan BAK 4-5x/hari	Selama sakit pasien mengatakan belum BAB sama sekali BAK 1300cc/hari
Personal hygiene	Pasien mengatakan mandi 2x/hari dan menyikat gigi 2x/hari pagi dan malam	Pasien mengatakan hanya di lab oleh perawat pada pagi hari dan menyikat gigi pada pagi hari saja
Aktivitas	Pasien mengatakan aktivitas sehari-hari tanpa ada kesulitan pertaian di kebun	Pasien mengatakan masih lemas dan hanya tidur di tempat tidur, aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat
Pola mekanisme dan coping	Pasien mengatakan jika sakit sering berobat di puskesmas terdekat	Pasien mengatakan berusaha untuk sembuh dengan berobat di rumah sakit
Pola kepercayaan	Pasien beragama Kristen protestan	Pasien beragama Kristen protestan

## 4. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum : Sedang

a) Kesadaran : Compos Mentis

b) GCS : E:4 V:5 M:6= 15

c) BB : 57 kg

d) TTV : TD : 132/92 mmHg, N : 97x/menit, S : 38,9<sup>0</sup>c, RR : 20x/menit,

Spo<sub>2</sub> : 97%

- b. Pemeriksaan kepala : bentuk kepala simetris, warna rambut hitam, penyebaran rambut merata, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
- c. Pemeriksaan mata : Mata kiri dan kanan simetris, ketajaman penglihatan baik, konjungtiva merah muda, sclera kuning, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak di temukan masa pada kedua mata
- d. Pemeriksaan hidung : Bentuk hidung simetris, tidak ada secret, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan pada hidung
- e. Mulut dan tenggorokan :Warna bibir pucat, mukosa kering, tidak tampak kotor, tidak ada pembesaran tonsil
- f. Leher: leher tampak simetris, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak di temukan pembesaran kelenjar limfe
- g. Dada dan paru: Bentuk dada simetris, tidak ada kelainan pada tulang belakang dan retraksi dada normal, vocal premitus kanan dan kiri sama, bunyi paru vaskuler
- h. Jantung : Bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara tambahan.
- i. Abdomen : Abdomen simetris, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan, bunyi timpani, bising usus 24x/menit
- j. Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah aktif, tetapi ROM terbatas pada ekstremitas kanan karena terpasang infuse
- k. Genetalia : Pasien berjenis kelamin laki-laki

## 5. PSIKOSOSIAL

- a. Sosial/interaksi :Klien mengatakan berinteraksi dengan sesama baik dan sering bergotong royong dalam usaha pertanian
- b. Dukungan keluarga : Keluarga selalu mendukung dalam proses penyembuhan
- c. Dukungan sosial : Keluarga selalu mendukung dalam proses penyembuhan
- d. Dukungan kelompok/teman/masyarakat : Aktif
- e. Reaksi saat interaksi : kooperatif
- f. Konflik yang terjadi : tidak ada

## 6. SPIRITUAL

- a. Konsep tentang penguasa kehidupan :Tuhan
- b. Sumber kekuatan/harapan saat sakit : Tuhan
- c. Ritual agama yang bermakna/berarti/diharapkan saat ini: Doa Syafaat
- d. Sarana orang yang diperlukan untuk melaksanakan ritual agama yang diharapkan saat ini :Majelis gereja
- e. Upaya kesehatan yang bertentangan dengan keyakinan agama : Tidak ada
- f. Keyakinan bahwa Tuhan akan menolong dalam menghadapi situasi sakit saat ini : Ya
- g. Keyakinan /kepercayaan bahwa penyakit dapat disembuhkan :Ya
- h. Persepsi terhadap penyebab penyakit : Cobaan atau peringatan

7. PEMERIKSAAN PENUNJANG  
Laboratorium

Hari/Tgl	Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Sabtu, 16/02/20	Hemoglobin	10,6	5/dl	1,5 - 16,5
	Hematokrit	36,5	%	30,0 – 45,0
	Leukosit	8,63	Ribu/ul	40 - 1200
	Trombosit	148	Ribu/ul	150 – 450
	Eritrosit	7,04	Juta/ul	4,70 – 8,90
	MCV	70,1	N	60,0 – 100,0
	MCH	23,5	Pg	25,0 – 34,0
	MCHC	35,2	g/dl	33,0 – 36,0
	RDN	14,7	%	12,5 – 14,5
	Albumin	2,0	g/dl	3,5 – 5,3

8. TERAPI

- Diet DM 3x1 porsi/Po
- Furosemid 400 mg/12 jam/po
- Retapyl 300 mg/12 jam/po
- Metformin 500 mg/ 8 jam/po
- Cebactam 1 gr/12 jam IV
- Ondansentron 4 mg/8 jam IV
- Paracetamol tab 500 mg

## 9. ANALISA DATA

Data	Masalah	Etiologi
<p>DS : Pasien mengatakan, susah makan, setelah makan klien mual dan muntah</p> <p>DO : kesadaran composmentis, GCS : 15</p> <p>Pasien tampak pucat,tampak lemas</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 109/87 mmHg    N : 89x/menit    RR : 19x/menit  Suhu : 37<sup>0</sup>c                      Spo<sub>2</sub> : 89%                      BB : 44 kg  TB : 161</p> <p>IMT : <math>\frac{BB \text{ (kg)}}{TB^2 \text{ (cm)}}</math>  : <math>\frac{44 \text{ kg}}{1,61^2 \text{ cm}}</math>  = 16,97</p>	<p>Ketidak seimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Output yang berlebihan</p>
<p>DS : pasien mengatakan panas, demam,menggigil 1 minggu sebelum masuk rumah sakit</p> <p>DO : kesadaran composmentis, GCS: 15</p> <p>Klien tampak gelisa, menggil dan akral panas</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 109/87 mmHg                      N : 89x/menit                      RR : 19x/menit  Suhu : 39<sup>0</sup>c                                      Spo<sub>2</sub> : 89%</p>	<p>Hipertermi</p>	<p>Proses penyakit</p>

## 10. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Ketidak seimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh b/d output yang berlebihan
2. Hipertermi b/d proses penyakit

## 11. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Ketidak seimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh b/d intake/output yang berlebihan	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x24 jam resiko kekurangan nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil: a. BB ideal b. pasien tidak mual, muntah c. pasien tidak lemas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Timbang berat badan/hari</li> <li>2. Beri minum hangat</li> <li>3. Kaji intake dan output makanan perhari</li> <li>4. Anjurkan ahli gizi untuk memodifikasi diet berupa merubah jumlah frekuensi makan dalam bentuk makanan</li> <li>5. Anjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering</li> <li>6. Anjurkan hindari makanan yang merangsang mual dan muntah</li> <li>7. Kolaborasi dengan ahligizi</li> </ol>

## 12. IMPLEMENTASI

No	Diagnose keperawatan	Hari/tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	Ketidak seimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh b/d output yang berlebihan	Selasa, 25/02/2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menimbang berat badan BB : 47 kg</li> <li>2. Member minum hangat</li> <li>3. Mengkaji intake dan output makanan perhari</li> <li>4. Menganjurkan ahli gizi untuk memodifikasi diet berupa merubah jumlah frekuensi makan dalam bentuk makanan</li> <li>5. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering</li> <li>6. Menganjurkan menghindari makanan yang merangsang mual, muntah</li> </ol>	<p>S : pasien mengatakan mual dan tidak ada selera makan</p> <p>O : KU. Sedang. Kes. CM</p> <p>Pasien tampak lemas</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 136/60 mmHg</p> <p>N : 95x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 38,9<sup>0</sup>c</p> <p>Sop<sub>2</sub> : 100%</p> <p>A : ketidak seimbangan nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
		Rabu, 26/02/2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menimbang berat badan BB : 47 kg</li> <li>2. Member minum hangat</li> <li>3. Mengkaji intake dan output makanan perhari</li> <li>4. Menganjurkan ahli gizi untuk memodifikasi</li> </ol>	<p>S : pasien mengatakan mual, muntah</p> <p>O : KU. Sedang. Kes. CM</p> <p>Pasien tampak pucat dan lemas</p> <p>Tanda-tanda vital</p>

			<p>diet berupa merubah jumlah frekuensi makan dalam bentuk makanan</p> <p>5. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering</p> <p>6. Menganjurkan menghindari makanan yang merangsang mual muntah</p>	<p>TD : 128/79 mmHg</p> <p>N : 95x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 38,9<sup>0</sup>c</p> <p>Sop<sub>2</sub> : 100%</p> <p>A : ketidak seimbangan nutrisi belum teratasi</p>
		Kamis, 27/02/2020	<p>1. Menimbang berat badan BB : 47,8 kg</p> <p>2. Member minum hangat</p> <p>3. Mengkaji intake dan output makanan perhari</p> <p>4. Menganjurkan ahli gizi untuk memodifikasi diet berupa merubah jumlah frekuensi makan dalam bentuk makanan</p> <p>5. Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering</p> <p>6. Menganjurkan menghindari makanan yang merangsang mual muntah</p>	<p>S : pasien mengatakan masi mual dan tidak ada selera makan</p> <p>O : KU. Sedang. Kes. CM</p> <p>Pasien tampak lemas</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 128/79 mmHg</p> <p>N : 95x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 38,9<sup>0</sup>c</p> <p>Sop<sub>2</sub> : 100%</p> <p>A : ketidak seimbangan nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>

## 13. EVALUASI

Evaluasi	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3
Pasien 2	<p>S : pasien mengatakan mual, dan tidak ada selera makan</p> <p>O : KU. Sedang. Kes. CM</p> <p>Pasien tampak lemas</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 110/60 mmHg</p> <p>N : 95x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 36,9<sup>0</sup>c</p> <p>Sop<sub>2</sub> : 99%</p> <p>A : Resiko kekurangan nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : pasien mengatakan Mual berkurang, dan sudah bisa menghabiskan ½ porsi makan RS</p> <p>O : KU. Sedang. Kes. CM</p> <p>Pasien tampak lemas</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 110/60 mmHg</p> <p>N : 95x/menit</p> <p>RR : 19x/menit</p> <p>Suhu : 37<sup>0</sup>c</p> <p>Sop<sub>2</sub> : 100%</p> <p>A : Resiko kekurangan nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : pasien mengatakan tidak mual lagi dan sudah menghabiskan porsi makan rumah sakit</p> <p>O : KU. Sedang. Kes. CM</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 110/60 mmHg</p> <p>N : 95x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 37,1<sup>0</sup>c</p> <p>Sop<sub>2</sub> : 100%</p> <p>A : ketidakseimbangan nutrisi teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi pasien pulang</p>

## PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth : Bapak/Ibu/Saudara/I

Nama saya Novince Harabi Loda, Mahasiswa politeknik kesehatan kemenkes kupang, program studi keperawatan waingapu angkatan ke-XVII saya akan melakukan penelitian “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Di Ruang ICU RSUD Umu Raara Meha Waingapu”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang dapat merugikan Bapak/Ibu/Saudara/I sebagai responden. Kerahasiaan informasi akan di jaga dengan baik dan hanya digunakan untuk peneliti. Dan apabila objek penelitian menyetujui maka peneliti memberikan lembaran persetujuan untuk ditanda tangani dan membagikan lembaran kuesioner pada responden dan menekankan etika laporan studi kasus meliputi : lembaran persetujuan (informed consent), tanpa nama (anonymity), kerahasiaan (confidentiality), bermanfaat untuk orang lain (beneficence), keadilan (justice), dan bersedia menjawab pertanyaan kuesioner yang saya berikan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Waingapu, Februari 2020

Permohonan

Novince Harabi Loda

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN****ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS  
BERHUBUNGAN DENGAN KETIDAK SEIMBANGAN NUTRISI DI  
RUANGAN ICU RSUD UMBU RARA MEHA WAINGAPU****OLEH****NOVINCE HARABI LODA****NIM: PO530320317351**

Saya telah memperhatikan dan membaca permohonan di atas, maka saya mengatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dibawah ini saya bubuhkan tanda tangan saya.

Waingapu, Februari 2020  
Nomor Responden

(.....)